



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

**Estudo de Caso de uma Organização Social da Saúde – OSS do Distrito
Federal à luz dos seus Relatórios de Gestão**

Fernanda das Mercês Nolasco

Orientador (a): Carla Pintas Marques

Ceilândia
2015



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

**Estudo de caso de uma Organização Social da Saúde – OSS do Distrito Federal
à luz dos seus Relatórios de Gestão**

Fernanda das Mercês Nolasco

Orientador (a): Carla Pintas Marques

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia
da Universidade de Brasília/UNB como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Ceilândia
2015

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/UNB como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**Estudo de caso de uma Organização Social da Saúde – OSS do Distrito Federal
à luz dos seus Relatórios de Gestão**

Fernanda das Mercês Nolasco

Aprovado por:

Professor orientador (a): Carla Pintas Marques

Professor: Everton Nunes da Silva

Professor: Sérgio Ricardo Schierholt

Ceilândia, 10 de dezembro de 2015.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por ter oportunizado o meu ingresso na Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia e por todas as conquistas e desafios vencidos.

Ao meu pai por toda a credibilidade e confiança, além de ter financiado todas as minhas necessidades ao longo dessa jornada acadêmica. Ao meu irmão por todo incentivo e paciência nos momentos mais difíceis e cansativos e ao meu namorado pelo companheirismo e dedicação.

Aos meus amigos por toda força e motivação, e em especial as minhas amigas Danielly Xavier, Sabrina Gonçalves, Laís Filgueiras e Milena Frazão que tornaram esses quatro anos de estudos mais prazerosos, com momentos de diversão e compartilhamento de saberes.

Aos professores do curso de Saúde Coletiva (UNB/FCE), pois sem dúvida são diferenciados e se empenham diariamente para proporcionar um ensino de qualidade. E de modo especial a minha querida orientadora Carla Pintas Marques, por toda a compreensão, auxílio nos momentos de desespero, seriedade e ética profissional.

E de modo especial a minha mãe, Ivanete Cassiano das Mercês, a quem dedico todo o meu esforço e conquistas, e a quem deixo a minha eterna gratidão.

Resumo

No ano de 2004 o Governo do Distrito Federal estabeleceu um convênio mediado pela Secretária de Saúde do DF (SES-DF) e a ABRACE (Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Homeopatias), para a construção do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB) e a formação de uma Organização Social da Saúde para a gestão desta nova unidade hospitalar. O intuito deste trabalho é analisar um caso de OSS e apontar se a sua trajetória na assistência à saúde de fato está de acordo com as características que justifiquem a sua implantação. Isso foi realizado por meio da análise dos Relatórios de Gestão, entre os anos de 2011 a 2014, de uma Organização Social da Saúde (OSS) do Distrito Federal. Esta pesquisa caracteriza-se por uma análise documental de abordagem do tipo qualitativa e quantitativa, e para o seu desenvolvimento foram analisados quatro Relatórios de Gestão da instituição em estudo, disponibilizados no próprio sítio da instituição. Assim, três eixos de coleta de dados foram definidos: leitos/equipamentos, metas quantitativas e metas qualitativas. A coleta dos dados do primeiro eixo foi realizada por meio de uma fonte de dados secundária. Esta base de dados foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o segundo eixo foi dividido em cinco Grupos, que foram categorizados segundo o tipo de assistência prestada, finalmente, o terceiro eixo foi subdividido em três categorias. Na análise do segundo eixo, o grupo I atingiu um quantitativo de 142.273 atendimentos, realizando 77% do previsto, o Grupo II transcendeu as metas e realizou 140.017 atendimentos, culminando assim num percentual de 126% do alcançado, o Grupo III realizou 28.294 procedimentos, atingindo um percentual de 85% de execução das metas, o Grupo IV atingiu aproximadamente 23.407 internações/dia, assim alcançando um percentual de 232%, e o Grupo V que produziu 534.502 procedimentos, um alcance de 93%. Todas as três categorias do terceiro eixo (satisfação do cliente interno, externo e atenção ao usuário e ouvidoria) ultrapassaram a meta definida. A gestão em saúde necessita de estratégias que impliquem na eficiência, por isso é importante atentar-se para as outras modalidades de gestão.

Palavras-Chave: Organização Social da Saúde (OSS); Relatório de Gestão; Leito e Equipamentos; Metas quantitativas; Metas qualitativas;

Abstract

In 2004 the Government of the Distrito Federal has established an agreement brokered by Secretary of the Distrito Federal Health (SES-DF) and ABRACE (Brazilian Association of Assistance to Children with Families of Cancer and homeopathic) for the construction of Children's Hospital of Brasilia Jose Alencar (HCB) and the formation of a Social Health Organization for managing this new hospital. The purpose of this study is to analyze a case of OSS to point if his trajectory in health assistance in fact complies with the characteristics that justify this implementation. Through the analysis of management reports for the years 2011 to 2014, a Social Health Organization (OSS), the Distrito Federal. This research is characterized by a documentary analysis of the qualitative and quantitative type approach, and its development were analyzed four Management Reports of the institution in study, available on the same site of the institution. Three data collection axis were defined: beds / equipment, quantitative targets and qualitative targets. The collection of the first axis data was performed by means of a secondary data source. This database was the National Register of Health Facilities (CNES), the second axis was in five groups, which were categorized according to the type of care provided and the third axis was subdivided into three categories. Group I second axis reached a quantity of 142.273 calls, performing 77% of the determined, the Group II transcended the goals and reached 140.017 calls, thus leading to a percentage of 126% of the achieved, the Group III performed 28.294 procedures, reaching rates of 85% of execution, the Group IV reached approximately 23.407 hospitalizations/day, thus achieving a percentage of 232%, the V Group did 534.502 procedures, a range of 93%. All three categories of third axis (internal customer satisfaction, external and attention to the user and ombudsman) have exceed the set target. The health management requires strategies involving efficiency, so it is important to pay attention to the other modes of management.

Keywords: Social Health Organization (OSS); Management report; Beds and equipment; Quantitative targets; Qualitative targets;

Lista de tabelas

Tabela 1- Número de consultas realizadas no Grupo I- Número de Consultas Médicas de Especialidades Pediátricas. HCB, 2015.

Tabela 2- Número de atendimentos realizados no Grupo II- Assistência Complementar Essencial. HCB, 2015.

Tabela 3- Número de Procedimentos realizados no Grupo III- Assistência de Alta Complexidade. HCB, 2015.

Tabela 4- Número de diárias efetuadas no Grupo IV- Hospital Dia. HCB. 2015.

Tabela 5- Número de procedimentos realizados no Grupo V- SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia). HCB. 2015.

Tabela 6- Percentual de satisfação do cliente externo no Grupo VI - Satisfação do Cliente Externo. HCB. 2015.

Tabela 7- Percentual de satisfação do cliente interno no Grupo VII- Satisfação do Cliente Interno. HCB. 2015.

Tabela 8- Percentual de reclamações atendidas no Grupo VIII- Serviço de Atenção ao Usuário/Ouvidoria. HCB. 2015.

Tabela 9- Distribuição das Pontuações e Recursos destinados as Metas Qualitativas. HCB. 2015.

Tabela 10- Distribuição das Metas Quantitativas realizadas e descontos implicados. HCB. 2015.

Tabela 11- Distribuição da Pontuação e Recursos destinados as Metas Quantitativas. HCB. 2015.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABRACE	Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Homeopatias
AD	Administração Direta
CACG	Comissão de Acompanhamento de Contrato de Gestão
CG	Contrato de Gestão
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de ética em Pesquisa
DF	Distrito Federal
HAB	Hospital de Apoio de Brasília
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HCB	Hospital da Criança de Brasília José Alencar
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
ICIPE	Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada
OS	Organização Social

OSS	Organização Social da Saúde
RH	Recursos Humanos
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SES-DF	Secretária de Saúde do Distrito Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WFO	Organização Mundial da Família

Sumário

Introdução	11
Objetivos	14
Referencial Teórico	15
Metodologia	24
Análise e Resultados	27
Discussão	33
Considerações Finais	42
Referências bibliográficas	44

Introdução

Os anos 80 no Brasil são marcados por um penoso cenário de crise fiscal, resultando em uma incapacidade direta do Estado em atuar no âmbito de suas competências, visto que as políticas públicas não estavam recebendo o financiamento devido, ou seja, o papel estatal na garantia à população das necessidades básicas sociais não era vigente nesse período (BORGES et al., 2012). Assim várias discussões e proposições foram levantadas diante das limitações que o Estado estava atrelado, e a mais concreta foi instituída no governo do então presidente na época, Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que apresentou, em 1995, um Plano Diretor de Reforma do Estado (Brasil, 1995). Este consistia na diminuição do papel estatal, transferindo suas atribuições ao terceiro setor e consequentemente incorporando nova gestão aos serviços públicos.

As Organizações Sociais (OS) surgem nesse contexto de fragilidade social e econômica no Brasil. As OS foram originadas por meio da medida provisória nº 1.591, de outubro de 1997, e no ano seguinte foi regulamentada pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que delibera acerca dos critérios para a qualificação de uma OS, estabelece o contrato de gestão (CG) como instrumento de atribuições e responsabilidades entre o Poder Público e a OS, no que tange o papel de fiscalização e execução. E, além disso, declara as OS como instituições de interesse social e dispõe sobre o processo de uma possível desqualificação de uma OS (SÃO PAULO, 1998).

A Lei Federal também aponta quatro competências a serem seguidas pelas OS, são elas: programa de trabalho, metas e prazos de execução, critérios de avaliação de desempenho e limites para despesas com remuneração de recursos humanos (ABRUCIO; SANO, 2008). Além da normatização no âmbito Federal, existe para cada estado que adota uma OS uma própria legislação, isto no intuito de incorporar as exigências necessárias diante das particularidades de cada região. O estado de São Paulo foi o pioneiro na implantação das OS, como um novo instrumento de gestão, e a partir de suas experiências foi reproduzido por outros estados.

O campo da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia são os domínios de atuação das OS na assistência à população. No campo da saúde foram

consolidadas as Organizações Sociais da Saúde (OSS) como uma nova ferramenta de gestão, que consistem em entidades sem fins lucrativos, qualificadas pelo poder Executivo, que devem apresentar os seguintes critérios: comprovar experiência de no mínimo cinco anos em assistência à saúde, ter como base os princípios preconizados pelo SUS e submeter o financeiro às análises do Tribunal de Contas (SÃO PAULO, 1998).

As OSS são implantadas com o propósito de uma gestão pautada principalmente nos componentes da eficiência e eficácia. O Estado busca as OSS como uma nova forma de gerência, sendo esta desburocratizada e capaz de responder na lógica do mercado, ou seja, uma espécie de racionalização na aquisição, desenvolvimento e aplicação dos bens e serviços de saúde. Segundo Barbosa e Elias (2010) o contrato de gestão é um componente primordial no que tange à relação das OSS e o Estado, pois é por meio deste que são firmadas as ações e compromissos de ambos. Ele estabelece as metas que as OSS devem cumprir quando assumem o comando de uma unidade de saúde, e essas devem ser atingidas para o pleno andamento do acordado. O Estado não possui um papel hierárquico diante das OSS, mas sim o de um agente fiscalizador e regulamentador.

Como mencionado anteriormente, cada Estado possui sua própria legislação e no caso do Distrito Federal (DF) não é diferente, a Lei nº 2.415 foi criada em 6 de julho de 1999 para fomentar a qualificação de entidades como OS no âmbito do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 1999), sendo alterada no ano de 2.000 pela Lei nº 2.523 (DISTRITO FEDERAL, 2000).

Reportando-se especificamente para o caso do DF, pode-se destacar o ocorrido no ano de 2004, onde o Governo do Distrito Federal estabeleceu um convênio mediado pela Secretária de Saúde do DF (SES-DF) e a ABRACE (Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Homeopatias), que estabelecia a construção do Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB) e a formação de uma Organização Social da Saúde para a gestão desta unidade (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2012).

A estrutura hospitalar foi concluída em dezembro de 2008, e no ano seguinte foi firmado o ICIPE (Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada), uma associação de direito privado, sem fins lucrativos, e com o intuito de ofertar assistência à saúde apoiada nos padrões de eficiência. No dia 10 de junho de 2011, ela foi validada como uma Organização Social da Saúde pelo Decreto 32.980. E

posteriormente, foi pactuado o contrato de gestão que fomentava a organização, ações, metas qualitativas e quantitativas e a implantação da gestão da assistência à saúde do Hospital da Criança (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2012).

As OSS são caracterizadas por agilidade na tomada de decisões e regras mais flexíveis no âmbito da gestão de recursos humanos e finanças. E, além disso, possui um mecanismo de transparência já que suas ações são permeadas por contratos de gestão, que definem metas a serem alcançadas (SOUSA; ALEMEIDA, 2010). Assim faz-se necessário analisar um caso de OSS e apontar se a sua trajetória na assistência à saúde de fato está de acordo com as características que justifiquem a sua implantação.

Objetivos

Objetivo Geral:

Analisar os Relatórios de Gestão, nos anos de 2011 a 2014, de uma Organização Social da Saúde (OSS), do Distrito Federal.

Objetivos Específicos:

- ° Realizar levantamento das metas disponibilizadas a partir dos Relatórios de Gestão, dos anos de 2011 a 2014;
- ° Verificar a produção informada e comparar com as metas estabelecidas nos anos de 2011 a 2014;
- ° Analisar o padrão de eficácia da instituição a partir dos Relatórios de Gestão dos anos de 2011 a 2014;

Referencial Teórico

Histórico das Políticas Públicas até o advento das OSS no Brasil

As desigualdades sociais advindas pelo sistema capitalista instituiu uma série de discussões, proposições e reivindicações. Isso para que o Estado pudesse tratar de forma mais igualitária a população, por meio da garantia das necessidades mais básicas. O movimento dos operários por melhores condições trabalhistas incidiu e ampliou-se para os demais âmbitos sociais, como: educação, saúde, segurança transporte, habitação e entre outros (SOUSA; BATISTA, 2012). Dessa forma, as políticas públicas são instituídas no intuito de assegurar e prover melhores condições sociais à população.

De acordo com Sousa e Batista (2012), no Brasil os primeiros traçados acerca de políticas públicas surgem no final do século XIX, mas com características bastante restritas e pontuais. Em 1904, com o advento da industrialização, são estabelecidas as primeiras políticas públicas com abrangência de proteção social.

Os primeiros ensaios no cenário de seguridade estatal no âmbito da garantia à saúde são marcados pela Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e surge em um contexto de urbanização e industrialização no país (CONASS, 2011). Assim, essa lei é criada a partir do movimento de operários que lutavam pela garantia do bem-estar social. A administração das CAPS era de responsabilidade exclusiva das empresas, já o seu financiamento advinha da participação conjunta de empresários e trabalhadores, e estes tinham a garantia exclusiva de acesso aos serviços de saúde e medicamentos (REIS et al., 2010). Apesar de restritiva, esta lei já indicava a necessidade de assegurar as demandas dos trabalhadores, e também apontava o início da complexidade nas relações entre público e privado, fato perpetuado até os dias atuais.

No ano de 1933 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPS) que remete um novo marco no papel estatal, visto que o Estado possuía uma posição de agente passivo diante das demandas sociais. Com a instituição dos IAPS o, Estado se apodera das questões de proteção social, e se torna o principal ator na garantia e organização dos direitos cabidos à classe operária. Logo, os IAPS marcam a instituição de uma nova configuração no processo de responsabilização, pois nesse

período a garantia dos direitos e assistência se dá pela categoria dos profissionais e Estado, assim uma redefinição do modelo relacional entre sociedade e governo (FLEURY, 1994).

Segundo Ocké et al. (2006) com um Brasil sob direção do regime militar, a medicina previdenciária passa por alterações, resultando no crescimento frenético dos planos de saúde privado. E com esse novo paradigma se consolidando, são criado em 1996 o Instituto Nacional de Previdência Social e o Sistema Nacional de Seguros Privados, o principal objetivo era expandir a cobertura de assistência à saúde aos trabalhadores com carteira assinada, que ainda não eram assistidos. Entretanto, essa inclusão impulsionou o sistema privado de saúde, porém o sistema público não passou por melhorias e a atenção médica previdenciária não foi qualificada. Além disso, os trabalhadores perderam significativa participação no processo decisório e o Estado concentrou a arrecadação previdenciária.

No ano de 1977 foram criados o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social e, paralelo a ele, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, tornando-se este o principal responsável pela prestação da assistência médica aos contribuintes. Em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde, que surge em um contexto voltado para a atenção primária e a sua essência propõe a formação de sistemas de referência e contrarreferência, com o objetivo de tornar a rede pública uma prioridade, admitindo o caráter complementar do setor privado, e ainda com a finalidade de descentralizar a administração dos recursos, desburocratizar os serviços realizados pelo terceiro setor e racionalizar os procedimentos de custo elevado (REIS et al., 2010).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi estabelecido em 1987 em um cenário que já propunha discussões acerca da institucionalização de um Sistema Único de Saúde, que só seria efetivado posteriormente. O SUDS já trazia concepções acerca de universalização, descentralização, equidade e participação comunitária. Dessa forma, tinha a finalidade de reconfigurar as políticas públicas de saúde (CONASS, 2011).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi consolidada com a Lei nº8.080, de setembro de 1990. Esse sistema preconiza um Estado provedor do bem-estar social, traz concepções amplas de saúde e um modelo de assistência voltado para as necessidades da população. Além disso, as questões de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde são incorporadas no arcabouço

legal do SUS. E princípios e diretrizes também são definidos para a estruturação e fomentação desse novo sistema de saúde, são eles: universalidade no acesso à saúde, igualdade da assistência à saúde, integralidade das ações em todos os níveis de complexidade, descentralização político-administrativo e participação da comunidade (CONASS, 2011). O seu financiamento passa a ser de responsabilidade do orçamento da seguridade social, entretanto, a sua implantação se dá em um cenário de escassez de recursos financeiros, visto que o país estava imerso na inflação e conseqüentemente em baixo crescimento econômico (NEGRI, 2002).

Paralelo a esse contexto de implantação de um novo sistema de saúde, crise financeira e uma gestão pública ainda enraizada nas concepções da burocratização e ineficiência, o estado de São Paulo incorpora um novo modelo de gestão. Esse formato surge diante da incapacidade do governo em arcar com suas responsabilidades diante das necessidades sociais da população, devido principalmente a falta de recursos. Diante disso, existe a necessidade de uma reformulação e reconfiguração da gestão pública, com o propósito de otimizar os recursos e tornar-se eficiente (TIBÉRIO; SOUSA, 2010). E nesse paradigma, o estado de SP adota para o setor saúde um novo modelo de administração, com a implantação das Organizações Sociais da Saúde, que são entidades sem fins lucrativos que trazem nos seus pressupostos o mecanismo da flexibilidade administrativa, podendo ser mais resolutiva e eficaz.

A implantação da Organização Social da Saúde no Brasil

Na década de 90 o Brasil passou por intenso processo de reformas neoliberais, devido a inabilidade em reestabelecer a estabilidade econômica. Fato este que levou a reformas fundamentadas na diminuição do papel estatal. Dessa forma, o neoliberalismo instituiu o Estado Social Liberal (BORGES et al., 2012). E essa denominação se devia ao fato que o Estado continuava protegendo os direitos sociais, só que apoiado e articulado com as organizações públicas não estatais.

E nesse âmbito três princípios são apresentados: a privatização (transformar uma empresa pública em privada), publicização (transformar uma organização estatal em uma organização de direito privado, mas pública) e a terceirização (entregar para o setor privado os serviços auxiliares). Neste contexto, a reforma do

Estado ocorrida em 1995, no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), apresenta uma nova modalidade de gerência pautada nos parâmetros neoliberais, que são as Organizações Sociais, que marcam o início da participação de novos atores sociais na oferta dos serviços sociais (BORGES et al., 2012).

Segundo Sousa e Almeida (2010), a reforma do Estado traz a figura das OS devido à necessidade dos serviços públicos passarem por uma modernização, racionalização dos recursos humanos, flexibilização administrativa, otimização dos recursos públicos, ganhos de eficiência, garantia de transparência na oferta dos serviços e adequação diante da realidade do setor assistido. Com isso, o Estado assume o papel de regulador e fiscalizador, já as OS assumem as atividades do âmbito da saúde, pesquisa, ensino e cultura.

As Organizações Sociais foram criadas por meio da medida provisória nº 1.591, de outubro de 1997, e no ano seguinte foi regulamentada pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, e logo qualificadas pelo Poder Executivo como figuras jurídicas, sem fins lucrativos e com atividades como mencionado anteriormente, voltadas para a saúde, cultura, pesquisa e ensino (SÃO PAULO, 1998).

Na esfera da saúde elas assumem a denominação de Organizações Sociais da Saúde, sendo o governo do estado de São Paulo o pioneiro na implantação desse modelo de gestão, que visa atingir maior eficiência, qualidade na assistência prestada, aquisição de bens e produtos, maior flexibilidade gerencial nas competências de recursos humanos e financeiros. Isso visando à qualidade e a adequação perante o perfil sociodemográfico das populações assistidas, já que as demandas de saúde são altamente dinâmicas e pautadas por particularidades. Por isso os estados brasileiros que adotaram OSS possuem legislação própria referente ao tema (TIBÉRIO; SOUSA, 2010).

As Organizações Sociais da Saúde no Distrito Federal

A Lei nº 2.415, de 6 de julho de 1999, foi criada para fomentar a qualificação de entidades como OS no âmbito do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 1999), posteriormente, no ano de 2000, ela foi alterada pela Lei nº 2.523 (DISTRITO FEDERAL, 2000). Dessa forma, no dia 19 de maio de 2004, firmou-se um convênio entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e a ABRACE, esta ficando

responsável pela construção de um hospital de pediatria especializada, devendo ainda equipar a área oncológica desse hospital e formar uma OSS em parceria com a SES-DF para gerir essa futura unidade hospitalar (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2012).

No dia 22 de maio de 2009, foi instituído o Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE), uma entidade de direito privado e sem fins lucrativos. No dia 15 de abril de 2010, ela foi qualificada pelo Decreto 31.589 como uma Organização Social da Saúde no DF, mas posteriormente passou por um processo de inconstitucionalidade. E somente no dia 10 de junho 2011, foi convalidada como uma OSS pelo Decreto 32.980. Depois de firmado a parceria ICIPE e SES-DF foi estabelecido o Contrato de Gestão nº001/2011, este era responsável por nortear as ações da referida OSS. O Contrato de Gestão tinha uma validade de 34 meses, compreendido entre 28 de julho de 2011 a 28 de fevereiro de 2014 (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011).

O projeto de construção da nova unidade hospitalar foi planejado para ser constituído em duas fases. A fase I (Bloco I) compreende a destinação de consultas, diagnóstico básico, quimioterapia, diálise, cirurgias e procedimentos ambulatoriais. A obra para a sua construção foi orçada em R\$ 15 milhões e foi custeada por meio das arrecadações da ABRACE. Quanto à fase II (Bloco II), em 21 de junho de 2012 foi celebrada uma parceria com a Organização Mundial da Família (WFO), uma entidade sem fins lucrativos que realiza projetos de contribuição internacional nos âmbitos da educação, saúde, entre outros. Na área da saúde, a WFO possui um histórico de construções completas de Unidades de Saúde, com curto prazo e custo inferior ao vislumbrado no mercado, e também contribui com seus próprios recursos para os projetos com a finalidade de cooperação internacional para o desenvolvimento (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011). Dessa forma, foi celebrado um convênio com esta entidade para a construção do Bloco II, que conforme o idealizado, a estrutura irá abranger toda a parte de internação, cirurgias, UTI e diagnóstico especializado. Assim, estima-se que quando a unidade estiver por completo, ela será capaz de realizar cerca de 300 mil atendimentos por ano (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2012).

No CG nº 001/2011, foram firmadas quatro fases para serem desempenhadas quando definida a parceria entre ICIPE e SES-DF, ou seja, as ações iniciais diante do processo de implantação e funcionamento do HCB. A primeira fase foi a de

organização, que correspondeu às medidas (revisão da estrutura organizacional e seleção/contratação da equipe dirigente) necessárias para o início das atividades assistenciais do HCB. A segunda, terceira e quarta fase foram focadas na implantação, que consistiram em diversas ações para ativação do hospital, foram elas: processo público de seleção de pessoal, revisão das condições das instalações físicas, processos de contratação de serviços, aquisição de materiais e medicamentos e por fim um desenho prévio dos fluxos necessários à assistência aos pacientes. Diversas dificuldades de diferentes segmentos foram apontadas para o cumprimento das fases estabelecidas, a saber: o curto prazo para formação da equipe, criação de procedimentos licitatórios para contratação de serviços/compras e tramitação de licenças, alvarás e outros documentos necessários para o funcionamento do HCB (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011).

Após o cumprimento das fases como estabelecido no CG nº 001/2011, iniciou-se no dia 26 de setembro de 2011 as atividades (Consultas em Oncologia-Hematologia Pediátrica) no Hospital da Criança de Brasília sob gestão do ICIPE. As atividades hoje desempenhadas pelo HCB eram de responsabilidade do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital de Apoio de Brasília (HAB) e Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). Para a transferência destas atividades, foram realizadas reuniões que em pauta buscavam medidas para a melhor forma da efetivação dos serviços no novo espaço. (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011).

O HCB em consonância com a Central de Regulação instituiu a responsabilidade de enviar sua agenda mensal com as especialidades ofertadas, o dia, o turno e o horário para atendimento (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011).

Como o HCB foi criado para compor a rede hospitalar pública do Distrito Federal foi estabelecido uma transferência gradual de servidores da pediatria do HBDF, HAB e HMIB e também de serviços pediátricos especializados. (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011).

O Decreto 30.136, de 05 de março de 2009, determina normas a respeito da organização e gestão dos Recursos Humanos das OSS do DF. Neste, é ratificado que cargos de técnicos-administrativos e gerência não podem ultrapassar 5% do total dos funcionários. Além disso, a contratação de gestores e administrativo deve ser feita por meio de processo seletivo privado, já o restante das contratações por

processo seletivo público e com a obrigatoriedade de divulgação nos meios de comunicação, conforme disposto no inciso II, do artigo 1º do Decreto mencionado anteriormente. O processo seletivo para escolha destes contou com várias fases, entre elas: pontuação de currículos, aplicação de testes psicológicos, entrevistas, dinâmicas de grupo e, para os cargos diretamente relacionados com a assistência das crianças e adolescentes, foram estabelecidas provas de conhecimento específico (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011).

O Decreto 30.137, de 05 de março de 2009, dispõe que as contratações para obras, serviços e compras das OSS no DF devem ser precedidas de licitação, que tem a finalidade de selecionar as propostas mais vantajosas, e também de alcançar os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade e probidade. E diante do exposto, o HCB, para admissão de profissionais, teve a obrigatoriedade de contratar uma empresa que fosse responsável por esse processo de seleção, realizando todos os procedimentos licitatórios conforme o previsto (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011).

Com o intuito de estabelecer diálogo contínuo entre HCB e SES-DF foi criado a Comissão de Acompanhamento de Contrato de Gestão SES/DF nº 001/2011 (CACG). No dia 21 de setembro de 2009, a Portaria nº 189 nomeou os membros para compor a CACG, que mostrou de uma importância fundamental para fundamentar e fortalecer a parceria, e consequentemente o melhor alcance do objetivado pela gestão (RELATÓRIO DE GESTÃO EXERCÍCIO, 2011). Vale salientar que no dia 17 de fevereiro de 2014, foi firmado um novo Contrato de Gestão nº 001/2014, já que estava vigente a rescisão do CG nº 001/2011. O novo CG possui seus objetivos semelhantes ao anterior, a sua elaboração foi por meio de reuniões entre ICIPE e CACG-SES. A continuidade dessa parceria proporcionará que futuramente o HCB tenha um espaço de 32.144m², 202 leitos de internação, cinco salas cirúrgica, laboratórios especializados, 67 consultórios, três salas para cirurgia em regime hospital dia, 18 leitos de internação em regime hospital dia. Assim podendo atingir cerca de 400 mil atendimentos por ano (RELATÓRIO FINAL, 2014).

Diferenças entre a gestão por Administração Direta e Organização Social da Saúde

Antes citar as discrepâncias entre a gestão por Administração Direta (AD) e a gestão por Organização Social da Saúde, vale salientar um conceito bastante recorrente e de grande relevância para gestão em saúde: a eficácia e a eficiência. Já que para Chiavenato (2004), as organizações, buscam por meio das atividades humanas atingirem os seus objetivos, determinados pela eficácia e eficiência, pilares fundamentais na administração.

Toda organização seja de qual natureza for deve ser considerada segundo o âmbito da eficácia e eficiência (CHIAVENATO, 2004). Por isso, a importância da conceituação destas no processo de compreensão das diferenças entre a gestão via AD e OSS.

Segundo Chiavenato (2004), a eficácia é a consecução dos resultados, ou seja, é a capacidade de suprir as necessidades da sociedade por meio da oferta de seus produtos (bens e serviços). Já a eficiência é a utilização dos recursos no processo do alcance dos resultados, portanto, a eficiência é um nexo entre custos e benefícios. Uma relação entre os recursos despendidos e o produto final, a razão entre custo e benefício.

O principal componente que distingue as formas de gestão por Administração Direta e Organização Social da Saúde é o contrato de gestão. Este elemento está incorporado à administração via OSS, ele é construído em comunhão com o Estado e OSS. Segundo Ibañez e Neto (2012), o seu conteúdo especifica um instrumento de regulação, definindo metas e resultados a serem alcançados, qualificando o modelo de assistência à saúde a ser executado, os mecanismos de transparência nas informações e uma melhor definição dos processos de trabalho. Já a Administração Direta está densamente enraizada nos entraves burocráticos e por uma forte influência político-partidária.

Barbosa e Elias (2010), destacam que a simplificação do processo de trabalho em uma unidade hospitalar sob regime OSS permite diretamente uma autonomia administrativa e financeira, que contribui para a aquisição de bens e serviços, contratação de recursos humanos (RH) e concede que dentro dos limites orçamentários sejam instituídas todas as configurações necessárias. Este cenário se contrapõe as unidades sob gestão por Administração Direta (AD), visto que, estão

delimitadas por uma série de controles externos, centrado por um arcabouço de procedimentos já definidos e um intenso e denso caminho burocrático. A AD, para a aquisição de bens e produtos necessita percorrer dezenove níveis de operações, já as OSS necessitam traçar somente três níveis. Assim, a AD se torna pouco eficiente e resolutiva, pois a possibilidade de desenvolver fluxos organizacionais implica em uma maior negociação, característica fundamental para o processo de gestão.

Segundo Sano e Abrucio (2008), as OSS também possuem um saldo positivo na gestão de pessoal, pois a contratação é pelo regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e de acordo com os objetivos da organização e as habilidades profissionais. Permitindo uma melhor seleção de funcionários e também facilidade na demissão daqueles que não contribuírem com o almejado. Ao contrário do que ocorre com a admissão de pessoal por gerência via AD, pois é seguido o Regime Jurídico Único que não possibilita uma contratação por perfil profissional comum aos interesses da instituição, além disso, está embasada no controle de gastos via Lei de Responsabilidade Fiscal. Entretanto, há uma ressalva a ser colocada, pois essa autonomia na articulação do RH via OSS também gera uma instabilidade devido aos altos índices de rotatividade no quadro funcional. Logo, contribuindo em uma sobrecarga profissional e descontinuidade no serviço já em andamento.

Barbosa e Elias (2010) destacam que o estabelecimento dos contratos de gestão definiu uma direcionalidade no processo de trabalho. E, além disso, o sistema de metas permite uma avaliação dos setores da unidade hospitalar e assinala os critérios de eficiência que se tornam aspectos essenciais para a constituição da capacidade gerencial. E também é um instrumento que delimita e estabelece uma relação público-privada. Dessa forma, existem iniciativas da SES-SP na implementação desse instrumento nas unidades sob gestão por AD, assim o contrato de gestão se fundamenta positivamente sobre o desempenho das OSS frente à AD.

Várias vertentes defendem que as OSS são uma tentativa “camuflada” de privatização do SUS, ou seja, mercantilização da saúde. Borges et al. (2012) apontam elementos que são contrários às OSS, são eles: o fato de não ser submetidas a todos os procedimentos determinados pela Lei de Licitações, permitindo o aparelhamento do setor privado nas unidades públicas; estão relacionadas diretamente com a fragmentação do sistema, pois o controle fica sob os domínios público e privado; são reguladas fora dos parâmetros do SUS, visto que

evitam os casos complexos (seleção de risco), processo semelhante aos planos privados de saúde; estabelece de forma indireta a transferência de recursos públicos ao setor privado para o financiamento das ações das OSS, que estão vinculadas a grandes grupos hospitalares do âmbito privado; consolida alta rotatividade de trabalhadores e uma excessiva flexibilização das relações de trabalho;

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa que utilizou a análise documental de uma Organização Social de Saúde do DF, mais especificamente o Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE), que é responsável pela gestão do Hospital da Criança de Brasília José Alencar. A análise documental consiste em analisar, verificar e averiguar os documentos para uma finalidade específica. A natureza da fonte da pesquisa documental é primária, ou seja, são dados que não receberam um tratamento analítico (SOUSA et al., 2011). O seu principal objetivo é estabelecer uma reflexão sobre a fonte original, e assim levantar novas contextualizações dos fatos para o momento em análise (MOREIRA, 2005).

A análise documental apresenta duas perspectivas primordiais, a primeira é aquela pautada no estudo, investigação ou análise do material, e a segunda configura um conjunto de procedimentos que são capazes de suscitar uma intervenção sobre o material. Neste trabalho, escolheu-se o método da primeira perspectiva por se tratar de uma análise documental. Diante da metodologia aplicada, vale salientar a definição do sujeito da pesquisa, ou seja, elucidar que documentos são registros escritos e são capazes de gerar informações que propicia a compreensão de fatos. Possibilita o conhecimento acerca de períodos históricos e sociais, pois são constituídos a partir das manifestações recorrentes dos aspectos do âmbito social como um todo (OLIVEIRA, 2007).

O tipo de abordagem utilizada foi a qualitativa e a quantitativa, a abordagem qualitativa, segundo Neves (1996), é um conjunto de técnicas interpretativas que tem como objetivo decodificar um sistema complexo de significados, ou seja, supõe um corte temporal-espacial de determinado fenômeno social, podendo assim traduzir e expressar o sentido no mundo social. Já a abordagem quantitativa, segundo Moresi (2003), é tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir números em

informações e opiniões para analisá-las e classificá-las.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram analisados quatro Relatórios de Gestão da instituição em estudo, disponibilizados no próprio sítio da instituição. Foram analisados os Relatórios de Gestão Anuais, dos anos de 2011 a 2014 e o Relatório de Gestão Final. Neste último, foi possível estabelecer uma análise comparada do que estava preconizado com o realizado.

Para tanto, três eixos de coleta de dados foram definidos: leitos/equipamentos, metas quantitativas e metas qualitativas. Ressalte-se ainda que o Relatório de Gestão do ano de 2011 refere-se apenas aos períodos de outubro a dezembro, período do ano em que as atividades da instituição se iniciaram e o Relatório de Gestão de 2014, disponibilizado no sítio da instituição em 05 de outubro de 2015, refere-se apenas às atividades realizadas no período de Janeiro a Fevereiro de 2014.

A coleta dos dados de Leitos e Equipamentos foi realizada por meio de uma fonte de dados secundária. Esta base de dados foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que segundo informações dispostas no seu sítio consiste em uma base capaz de instrumentalizar os Sistemas de Informação em Saúde. Além disso, tem como objetivo disponibilizar informações das condições atuais de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde seja no âmbito Federal, Estadual e Municipal. Por meio deste foi realizado uma busca por dados de Leitos e Equipamentos do HCB no dia 05/10/2015, ou seja, todos os dados apresentados foram obtidos no período de acesso mencionado anteriormente.

No sítio do CNES existem módulos que trazem elementos acerca da instituição de saúde, e para as informações que o estudo exigia foi acessado o módulo do Conjunto e posteriormente os sub-módulos das Informações Gerais e dos Equipamentos.

As metas quantitativas, como já estabelecido nos Relatórios de Gestão, foram separadas por serviço prestado. Dessa forma, os quantitativos obtidos foram distribuídos segundo o grupo ao qual eram pertinentes. O Grupo I refere-se às consultas médicas por especialidades, o Grupo II à assistência complementar essencial, o Grupo III dos procedimentos assistenciais de alta complexidade, o Grupo IV hospital dia e o Grupo V Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia.

Para melhor compreensão, os dados foram sistematizados em tabelas, as colunas e linhas dessas foram caracterizadas segundo os anos (2011 a 2014), os resultados obtidos e as metas a serem cumpridas. As metas qualitativas foram

estabelecidas segundo o critério de satisfação/contentamento (Satisfação do Cliente Externo – Grupo VI, Satisfação do Grupo Interno - Grupo VII e Serviço de Atenção ao Usuário/ Ouvidoria – Grupo VIII) e também foram dispostas em tabelas.

A seguir segue um esquema gráfico para melhor compreensão dos métodos em questão:

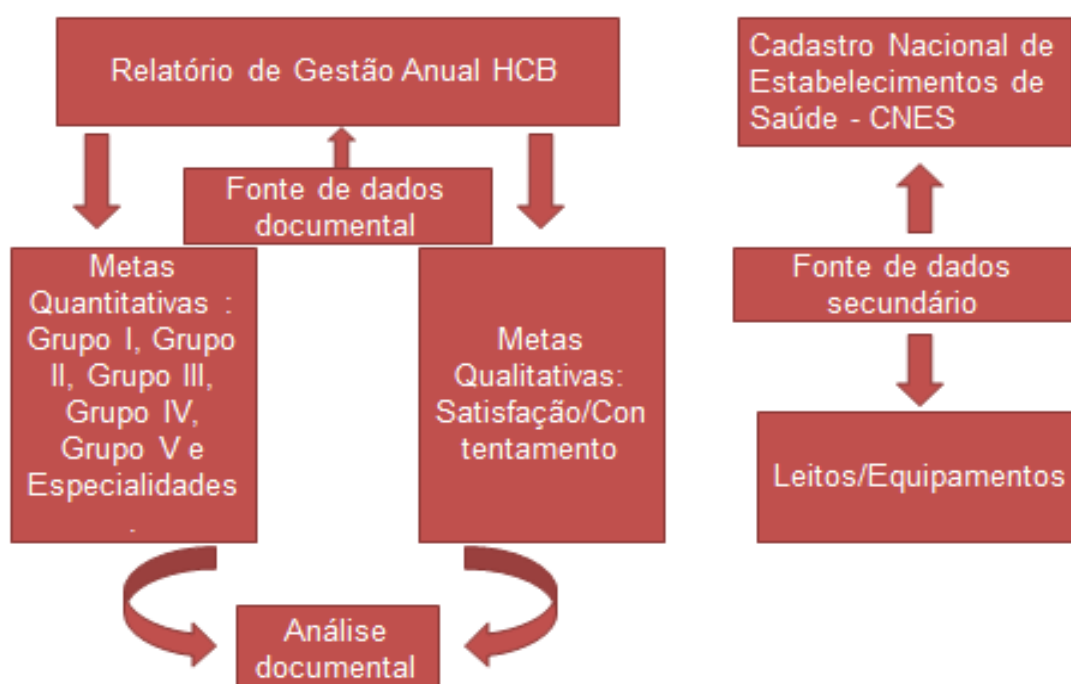


Figura 1: Esquema Gráfico do método utilizado

Por se tratar de uma análise documental não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução 466 de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Análise e Resultados

A instituição de saúde analisada encontra-se com cadastro ativo no CNES, desde o dia 24 de outubro de 2011, ela é definida como uma unidade de hospital especializado e pediátrico, a sua esfera administrativa é Estadual, assim como sua gestão, a natureza da organização é a administração indireta (OSS), os níveis de atenção são o ambulatorial e o hospitalar, e as atividades são as de atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

Os dados obtidos foram sistematizados em tabelas e divididos em três eixos: Leitos/Equipamentos, Metas Quantitativas e Metas Qualitativas. Quanto ao eixo dos Leitos e Equipamentos foram identificadas as seguintes características: os leitos estão distribuídos na Cirurgia Geral (2 leitos), Oncologia (7 leitos), Pediatria Clínica (7 leitos) e Cirúrgico/Diagnóstico/ Terapêutico (1 leito). A quantidade de consultórios está presente no âmbito ambulatorial nas instalações de Clinicas Especializadas (30), Odontologia (3), Sala de Enfermagem (1), Sala de Curativo (1), Sala de Imunização (1), Sala de Nebulização (1) e outros Consultórios não Médicos (12).

O quantitativo de equipamentos está agrupado por Audiologia (1 cabine acústica), Equipamentos de Diagnóstico por Imagem (1 Raio X de 100 a 500 MA, 3 Raios X Dentário, 1 Tomógrafo Computadorizado, 1 Ultrassom Convencional, 1 Ultrassom Doppler Colorido e 1 Ultrassom Ecógrafo), Equipamentos de Infraestrutura (9 Controles Ambiental/ Ar Condicionado e 1 Grupo Gerador), Equipamentos de Odontologia (3 Amalgamadores, 3 Aparelhos de Profilaxia com Jato de Bicarbonato, 36 Canetas de Alta Rotação, 1 Compressor Odontológico, 3 Equipos Odontológicos e 3 Fotopolimerizadores), Equipamentos para Manutenção da Vida (8 Desfibriladores), Equipamentos por Métodos Gráficos (2 Eletrocardiográficos e 2 Eletroencefalográficos), Equipamentos por Métodos Ópticos (2 Endoscópios Digestivos) e Outros Equipamentos (2 Aparelhos de Eletroestimulação e 5 Equipamentos para Hemodiálise).

O segundo eixo foi subdividido em cinco Grupos, que foram categorizados segundo o tipo de assistência prestada, sendo que o primeiro grupo é categorizado por especialidade. Todos os dados são referentes aos anos de 2011 a 2014.

O Grupo 1 foi designado a todas as Consultas Médicas de Especialidades Pediátricas, e os dados estão compactados segundo o quantitativo total de todas as especialidades oferecidas.

O Grupo 2 é caracterizado por toda Assistência Complementar Essencial, ou seja, são todos os atendimentos realizados nos seguintes âmbitos: Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Enfermagem.

O Grupo 3 se refere aos Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade realizados, são eles: Cirurgia Ambulatorial, Diálise Peritoneal, Hemodiálise, Hemoterapia e Quimioterapia.

O Grupo 4 é definido como Hospital Dia, que se refere às diárias no hospital. E por fim, o Grupo 5 que corresponde ao SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia), e compreende as análises clínicas, curvas hormonais, DTC-Doppler Transcraniano, Ecocardiograma, EDA-Colono-Bronco, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia, Espirometria, Holter, Manometria, MAPA, Nasofibroscopia, Phmetria, Potencial Evocado, RX, Teste Cutâneo, Teste de Esforço, TILT TEST, Tomografia, Ultrassom/Ecografia, Urodinâmica e Vacina Imunologia.

O terceiro eixo foi subdividido em três categorias: Satisfação do Cliente Externo (Grupo 6), Satisfação do Cliente Interno (Grupo 7) e Serviço de Atenção ao Usuário/Ouvidoria (Grupo 8).

Para a análise quantitativa apresentam-se dados parciais nos anos de 2011 a 2014, pois eram os dados disponíveis até o dia 05 de outubro de 2015 (data de acesso).

A seguir, na Tabela 1 estão descritos os quantitativos de Consultas Médicas de Especialidades Pediátricas por período, informados nos relatórios de gestão. Observa-se que as metas estabelecidas para cada ano (2011 a 2014) não foram atingidas. No ano de 2011 foram realizadas 8.273 consultas, sendo que a meta estabelecida foi de 11.463 consultas, assim a defasagem de consultas não realizadas no de 2011 foi cerca de 27,82%. No ano de 2012 realizou-se 53.983 consultas, não atingindo a meta de 79.216. Logo, foi o ano que apresentou uma maior discrepância, 31,85%, entre os períodos em análise. Foram realizadas 67.711 consultas no ano de 2013, tendo como meta 79.942 consultas, por conseguinte, aproximadamente 15,29% abaixo da meta. E já em 2014, a diferença entre o realizado (12.306) e o estabelecido (13.457) foi a menor dentre os anos, uma diferença de 8,55% de consultas não efetivadas.

Tabela 1: Número de consultas realizadas no Grupo I- Número de Consultas Médicas de Especialidades Pediátricas. HCB, 2015.

2011 (Out a Dez)	2012 (Jan a Dez)	2013 (Jan a Dez)	2014 (Jan a Fev)	
8.273	53.983	67.711	12.306	Realizado
11.463	79.216	79.942	13.457	Meta

Fonte: Relatório Final do HCB, 2014.

A tabela abaixo (tabela 2) indica dados relativos à Assistência Complementar Essencial realizada pelo HCB nos períodos em análise (2011 a 2014), indicados nos Relatórios de Gestão. É identificado que as metas foram atingidas e ultrapassadas em todos os anos.

O ano de 2011 ultrapassou consideravelmente a meta definida, pois realizou 4.057 atendimentos para uma meta de 2.268, assim excedendo 78,88% do estabelecido. O ano de 2012 foi o que menor transcendeu dentre os anos em questão, somente 2,48%, realizou-se 41.555 atendimentos, com uma meta de 40.548. Em 2013 a meta foi ultrapassada em cerca de 34,50%, desempenhando 58.180 atendimentos para uma meta de 43.254. E por fim o ano de 2014, que assim como os demais, também passou a meta em 40,43%, com 10.255 atendimentos efetuados para uma meta prevendo 7.281.

Tabela 2: Número de atendimentos realizados no Grupo II- Assistência Complementar Essencial. HCB, 2015.

2011 (Out a Dez)	2012 (Jan a Dez)	2013 (Jan a Dez)	2014 (Jan a Fev)	
4.057	41.555	58.180	10.225	Realizado
2.268	40.548	43.254	7.281	Meta

Fonte: Relatório Final do HCB, 2014.

Adiante, na tabela 3, estão expostos os dados referentes aos Procedimentos de Alta Complexidade desempenhados no HCB nos anos em análise (2011 a 2014). O ano de 2011 obteve 1.776 procedimentos e a meta estabelecida foi de 1.569, logo, o único ano dentre os em estudo do Grupo III que ultrapassou a meta, 13,19%. No ano de 2012 foi alcançado 10.392, com uma meta de 14.144, assim ficando abaixo do preconizado em 26,52%. O ano de 2013 atingiu 13.610, sendo fixada uma meta de 15.458, deste modo, mantendo-se 11,95% inferior ao designado. O mesmo ocorreu no ano de 2014, já que a discrepância foi de 3,30%, atingindo 2.516 perante uma meta de 2.602.

Tabela 3: Número de Procedimentos realizados no Grupo III- Assistência de Alta Complexidade. HCB, 2015.

2011	2012	2013	2014	
(Out a Dez)	(Jan a Dez)	(Jan a Dez)	(Jan a Fev)	
1.776	10.392	13.610	2.516	Realizado
1.569	14.144	15.458	2.602	Meta

Fonte: Relatório Final do HCB, ano 2014.

A seguir, na tabela 4, consta a descrição dos dados referentes ao Hospital dia (diárias no hospital) no HCB, nos de 2011 a 2014, determinado no Relatório de Gestão. Pode-se assinalar que todos os anos, 2011 (116,16%), 2012 (116,83%) 2013 (147,29%) e 2014 (161,34%), transcenderam em mais de 100% da meta definida. O ano de 2011 realizou 1.712 procedimentos, com uma meta de 792. O ano de 2012 efetuou 9.350 procedimentos para uma meta de 4.312. No ano de 2013 foram desempenhados 10.479 procedimentos, e o estipulado em 4.242. E por fim o ano de 2014 que realizou 1.866 procedimentos, com uma meta de 714.

Tabela 4: Número de diárias efetuadas no Grupo IV- Hospital Dia, HCB. 2015.

2011 (Out a Dez)	2012 (Jan a Dez)	2013 (Jan a Dez)	2014 (Jan a Fev)	
1.712	9.350	10.479	1.866	Realizado
792	4.312	4.242	714	Meta

Fonte: Relatório Final do HCB, 2014.

Segue abaixo, a tabela 5, que apresenta dados relativos à Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) nos de 2011 a 2014, salientado no Relatório de Gestão. O ano de 2011 realizou 17.694 procedimentos, com uma meta de 35.148, assim ficando com uma discrepância de 49,65%. No ano 2012 obteve-se 165.152 procedimentos, sendo que o estipulado foi de 245.212, uma defasagem bastante significativa, 32,64%. O ano de 2013, diferentemente dos mencionados anteriormente, atingiu a meta, pois realizou 291.150 procedimentos, diante do designado que foi 241.618, ultrapassando a meta em 20,50%. O ano de 2014 também alcançou a meta, visto que executou 60.506 procedimentos, perante a meta de 40.673, transcendendo em 48,76%.

Tabela 5: Número de procedimentos realizados no Grupo V- SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia). HCB. 2015.

2011 (Out a Dez)	2012 (Jan a Dez)	2013 (Jan a Dez)	2014 (Jan a Fev)	
17.694	165.152	291.150	60.506	Realizado
35.148	245.212	241.618	40.673	Meta

Fonte: Relatório Final do HCB, 2014.

Para a análise qualitativa foram encontrados dados parciais nos anos de 2011 a 2014, pois eram os dados disponíveis até o dia 05 de outubro de 2015 (data de acesso).

A seguir, na tabela 6, encontram-se os quantitativos relacionados à Satisfação do Cliente Externo do HCB, no período em análise, viabilizado por meio

do Relatório de Gestão. Observa-se que a meta estipulada foi de 75%, e todos os anos em questão ultrapassaram em mais de 90%. Com destaque para o ano de 2014 que atingiu cerca de 99%.

Tabela 6: Percentual de satisfação do cliente externo no Grupo VI - Satisfação do Cliente Externo. HCB. 2015.

2011 (Out a Dez)	2012 (Jan a Dez)	2013 (Jan a Dez)	2014 (Jan a Fev)	Meta 75%
93%	94%	95%	99%	

Fonte: Relatório Final do HCB, ano 2014.

Abaixo, está disposta a tabela 7 que apresenta dados da Satisfação do Cliente Interno do HCB, nos anos de 2011 a 2014, obtidos no Relatório de Gestão. Constata-se que a meta estabelecida foi de 75%, e todos os anos em estudo atingiu e transcendeu o designado, o menor alcance foi de 90%, no ano de 2011, e o maior de 93%, no ano de 2014.

Tabela 7: Percentual de satisfação do cliente interno no Grupo VII- Satisfação do Cliente Interno. HCB. 2015.

2011 (Out a Dez)	2012 (Jan a Dez)	2013 (Jan a Dez)	2014 (Jan a Fev)	Meta 75%
90%	92%	92%	93%	

Fonte: Relatório Final do HCB, ano 2014.

Adiante, na tabela 8, estão dispostos os dados do Serviço de Atenção ao Usuário/Ouvidoria do HCB, nos anos em análise, extraídos do Relatório de Gestão. A meta estabelecida era de que 80% das reclamações direcionadas à ouvidoria fossem resolvidas. Logo, verifica-se que todos os anos atingiram o que foi preconizado. O ano de 2013 sobressaiu aos demais, alcançando 98%.

Tabela 8: Percentual de reclamações atendidas no Grupo VIII: Serviço de Atenção ao Usuário/Ouvidoria. HCB. 2015.

2011 (Out a Dez)	2012 (Jan a Dez)	2013 (Jan a Dez)	2014 (Jan a Fev)	Meta 80% das reclamações atendidas
95%	93%	98%	94%	

Fonte: Relatório Final do HCB, ano 2014.

A partir dessa análise, passaremos às discussões referentes aos achados descritos

Discussão

Conforme estipulado no CG nº 001/2011 as metas qualitativas e quantitativas mensais, a partir de janeiro de 2013, passaram a ter seus quantitativos calculados de forma proporcional aos dias úteis do mês.

É importante destacar que as metas estabelecidas foram apreçadas quando a SES-DF não estava apoderada de uma sequência histórica dos dados de atendimentos realizados pela pediatria terciária do DF, portanto, ficou perceptível ao longo das reuniões da CACG que algumas metas foram superestimadas e outras subestimadas. Assim, como foi visto anteriormente e de forma preliminar, a produção nos anos de 2011 a 2014 em alguns grupos de serviços não atingiu a meta estipulada (Grupo I, parte do Grupo III e parte do Grupo V), e já em outros as metas foram alcançadas e ultrapassadas (Grupo II, parte do Grupo III, Grupo IV, parte do Grupo V, Grupo VI, Grupo VII e Grupo VIII) (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2014).

Para auferir os dados das metas qualitativas e quantitativas foi disposto no CG nº 001/2011 a metodologia que seria aplicada. Esta apresenta os parâmetros de produção e qualidade do atendimento, os resultados implicam diretamente nos repasses financeiros. Já que o repasse financeiro está sujeito ao cumprimento das metas, as qualitativas representam 10% e as quantitativas 90% do valor final a ser transferido (RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO, 2012). Dessa forma, é imprescindível perfazer o estipulado, pois uma meta não alcançada irá comprometer

os recursos de todo um grupo de serviços.

Tal fato entra em consonância com o que expõe Barbosa e Elias (2010) a respeito do papel do contrato de gestão, pois este foi criado para indicar os objetivos, metas e indicadores que terão que ser constatados na avaliação de desempenho, e logo, definir ao contratante a viabilidade para os repasses financeiros e a cooperação técnica necessária. Assim propiciando um desenho institucional eficiente.

O CG nº 001/2011 define o método de aferição das metas qualitativas, esta consiste em um processo de pontuação que vai de acordo com o nível de produção. As metas qualitativas quando forem atingidas receberão 1.000 pontos, logo, o repasse total dos recursos (representa 10% do recurso total mensal). Caso somente uma parte do estipulado seja alcançada, os recursos sofrerem descontos, e este será calculado conforme o produzido. A seguir, consta a tabela 1 que melhor ilustra o exposto:

Tabela 9: Distribuição das Pontuações e Recursos destinados as Metas Qualitativas. HCB. 2015.

Pontos	Recursos Repassados
001-100 pontos	10% do total
101-200 pontos	20% do total
201-300 pontos	30%do total
301-400 pontos	40% do total
401-500 pontos	50% do total
501-600 pontos	60 % do total
601-700 pontos	70% do total
701-800 pontos	80% do total
801-900 pontos	90% do total
901-1000 pontos	100% do total

Fonte: Relatório de Gestão Anual do HCB, ano 2012.

Quanto às metas quantitativas, o CG nº 001/2011 não definiu uma metodologia para aferi-las, portanto, o HCB optou por utilizar a mesma empregada nas qualitativas. Mas claro, com os ajustes necessários, dentro dos cinco grupos de serviços.

Abaixo, a tabela 10 apresenta os descontos em relação ao valor total (90% recurso total mensal) aplicados no que foi realizado. E posteriormente, segue a tabela 11 que demonstra os recursos destinados às pontuações alcançadas:

Tabela 10: Distribuição das Metas Quantitativas realizadas e descontos implicados. HCB. 2015.

Percentual das Metas realizadas	Descontos em relação ao valor total
90% a 110% de cumprimento	Sem desconto
70% a 89% de cumprimento	10% de desconto
60% a 69% de cumprimento	15% de desconto
50% a 59% de cumprimento	20% de desconto
Abaixo de 49% cumprimento	30% de desconto

Fonte: Relatório de Gestão anual do HCB, ano 2012.

Tabela 11: Distribuição da Pontuação e Recursos destinados as Metas Quantitativas. HCB. 2015.

Pontos	Recursos Repassados
121 ou mais pontos	Rediscutir
111 a 120 pontos	Rediscutir
90 a 110 pontos	100%
70 a 89 pontos	90%
60 a 69 pontos	85%
50 a 59 pontos	80%
Abaixo de 50 pontos	70%

Fonte: Relatório de Gestão anual do HCB, ano 2012.

O financiamento da OSS pautada nas metas definidas no CG nº 001/2011 é um norteamento para a atuação dessas na assistência à saúde, visto que o Estado, no caso a SES-DF, tem como uma de suas atribuições o de agente fiscalizador. Entretanto, a OSS tem flexibilidade administrativa e financeira, ou seja, autonomia na forma como irá atingir o estabelecido.

Segundo Elias e Barbosa (2010), nesse contexto de repasse financeiro às OSS, estão inseridas na noção de paramercado, que consiste no estímulo dos mecanismos de mercado dentro dos serviços públicos, logo, impulsionando a aquisição de bens e serviços (dentro dos limites orçamentários) com arranjos institucionais que possibilitem maior racionalização dos recursos. Além disso, permite uma simplificação no processo de abastecimento da unidade hospitalar, já que para isso é implicado um menor período de tempo e com cerne nas necessidades de consumo para o período, assim concebendo maior alternância de estoque e menor ativo parado.

Portanto, essa autonomia no processo financeiro propicia uma agilidade na realização das tarefas, tornando-as menos dispendiosas e possibilitando o alcance da eficiência de gestão.

Segundo Sousa e Almeida (2010), o vínculo entre recursos e metas oportuniza a estruturação de um processo de trabalho pautado na eficiência. Assim as metas do HCB foram instituídas com esse propósito, quando se observa o Grupo I das metas quantitativas, é visto que as metas não foram atingidas em nenhum dos anos analisados. Entretanto, os próprios Relatórios de Gestão justificam o motivo do não cumprimento, e isto é feito de modo geral a todos os grupos e anos que não alcançaram as metas.

Referente ao não efetuado no ano de 2011 foi relatado, segundo o Relatório de Gestão Exercício (2011), ter sido este o período de implantação da instituição, sendo inerente possíveis dificuldades. As dificuldades relatadas foram: a transferência de agendamento de consultas do HAB e HBDF para o HCB, em um quantitativo inferior aos números previstos para a realização das metas; a falta de preparo do Sistema de Regulação da SES/DF em se adequar a essa nova demanda; a Rede Assistencial da SES/DF possuir um conhecimento escasso acerca dos fluxos de referência e contra referência; o alto nível de absenteísmo, sendo no ano de 2011 de 29,6%; e algumas especialidades previstas tiveram seu traslado de forma progressiva.

Quanto aos demais anos (2012, 2013 e 2014) conforme o Relatório Anual de Gestão (2012) justifica-se que as metas assinaladas no CG nº 001/2011 foram calculadas por meio de estimativas inexistentes, ou seja, a SES-DF não possuía uma série histórica dos serviços de pediatria terciária. Diante disso, o HCB iniciou um processo de levantamento real da demanda por serviços pediátricos, e encontrou um contraste entre o registrado e o estimado no Contrato de Gestão.

Assim reuniões entre ICIPÉ e CACG concluíram que as metas estavam superestimadas ou subestimadas frente à demanda real, e por meio de uma ampla discussão foi aprovado uma nova escala de metas, para que fossem condizentes com a realidade do HCB. Entretanto, devido ao longo percurso burocrático, optou-se pela não alteração das metas.

O diálogo estabelecido entre a ICIPÉ e CACG acerca da inviabilidade das metas instituídas está em consonância com que os autores Barbosa e Elias (2010) mencionam da relação entre Estado e OSS. O Estado assume nesse contexto um papel de agente regulador, fiscalizador e promotor dos serviços de saúde. Isso devido ao desenho institucional das OSS, que é voltado para os resultados e fundamentado na contratualização.

A discussão acerca da real demanda para definição das metas marcou o princípio de uma relação entre Estado, representado pela SES-DF e ICIPÉ, no processo de melhoria e ajustes que consequentemente resultam na qualidade da assistência. Entretanto, é importante ressaltar conforme já mencionado, que os entraves burocráticos implicaram a não alteração das metas.

Mas se conclui que tal movimentação entre os entes permite ao Estado voz ativa nas negociações e decisões, logo, esta realidade se contrapõe ao que Borges et al. (2012) apontam da relação entre o Estado e as OSS, já que segundo estes autores esta associação fragmenta o sistema por instituir um duplo comando (pela OSS e Estado). Além disso, os autores mencionam que o Estado deveria se sobrepor às OSS, mas a configuração institucional das OSS impulsiona ao oposto, pois assumem um papel superior ao Estado na tomada de decisão, por consequência, não se apropriando das suas respectivas atribuições pactuadas, dentro do paradigma da associação.

Segundo Modesto (2000), essa postura assumida pelo Estado amplia suas ações continuamente, penetrando em quase todas as dimensões da vida privada, logo, tornando-os cada vez mais dependentes de suas regulações e

controles. Assim o Estado está longe de ser uma instituição em processo adiantado de decomposição.

O Grupo I das metas quantitativas entre os anos de 2011 a 2015, como já visto, não atingiram o estabelecido. O ano de 2011 ficou abaixo da meta em 27,82%, o ano de 2012 em 31,85%, o ano de 2013 em 15,29% e o ano de 2014 em 8,55%. Entretanto, observa-se que o produzido nos anos em análise apesar de não terem alcançado o designado ficaram acima da média geral dos quatro anos, sendo que no ano de 2011 foi executado cerca de 72,18%, em 2012 aproximadamente 68,15%, no ano de 2013 por volta de 84,71% e em 2014 em torno de 91,45%.

Segundo o Relatório Final (2014), o total desempenhado pelo Grupo I atingiu um quantitativo de 142.273 atendimentos, ou seja, totalizando 77% diante do determinado. Portanto, diante dos dados referentes ao Grupo I constata-se que mesmo não as cumprindo na totalidade, se encontram acima da média, e em alguns casos bem próximo do demandado.

O Grupo II, como já citado, diferentemente do Grupo I, transcendeu as metas. No ano de 2011 ultrapassou em 78,88% (178,88%), em 2012 cerca de 2,48% (102,48%), em 2013 aproximadamente 34,50% (134,50%) e em 2014 por volta de 40,43% (140,43%). Conforme o Relatório Final (2014), dentre todo o período em análise, foram consumados 140.017 atendimentos, assim culminando em percentual de 126% do alcançado. Pode-se concluir dos dados, que o saldo geral foi positivo e eficiente, já que o acordado teve êxito. Além disso, essas informações destacam os serviços do qual o HCB tem maior aptidão na prestação da assistência.

O Grupo III, conforme já mencionado, teve algumas oscilações quanto às produções. O ano de 2011 foi o único deste conjunto que ultrapassou o estipulado, em 13,19%, assim obtendo uma realização final de 113,19%. O ano de 2012 ficou com déficit de 26,52%, logo, atingindo uma produção de 73,48%. O ano de 2013 ficou abaixo do definido em 11,95%, por consequência, alcançando um produto de 88,05%. E o ano de 2014 que também ficou em débito, mas com uma defasagem menor, com 3,30%, efetuando cerca 97% no total do período. Em consoante com o Relatório Final (2014), o resultado geral do Grupo III nos anos em verificação aponta uma realização de 28.294 procedimentos, ou seja, um percentual de 85% de execução das metas.

Por conseguinte, depreende-se que a produtividade do Grupo III foi satisfatória, pois apesar do pouco tempo de experiência na gestão da assistência a

saúde e por se referir aos procedimentos de alta complexidade, o ICIPE cumpriu com êxito o traçado já que o saldo ficou bem acima da média.

O Grupo IV, como já referido, teve excelência no cumprimento das metas quando analisados os dados. No ano de 2011 a meta foi ultrapassada em 116,16%, com uma produção final de 216,16%. O ano de 2012 transcendeu em 116,83%, atingindo cerca de 216,83%. O mesmo cenário no ano de 2013, que excedeu o definido em 147,29%, com um quantitativo final de 247,29%. O ano de 2014 foi o que mais passou do estipulado, em 161,34%, obtendo a realização total de 261,34%. De acordo com o Relatório Final (2014), o rendimento de todo o período em questão deste grupo atingiu aproximadamente 23.407 internações/dia, assim alcançando um percentual de 232%. Diante do exposto, apreende-se que esse serviço oferecido pelo HCB, que faz parte da assistência (Hospital dia/internação), é prestado com ampla desenvoltura, e sem objeção quanto ao acordado, logo, se caracterizando como um ponto forte dentro do fluxo de assistência.

O Grupo V, como já aludido, foi um dos grupos mais equiparados, pois dentre os quatro anos em estudo, os dois primeiros não alcançaram o designado e os dois últimos conseguiram sobressair o definido. Assim, o ano de 2011 teve uma discrepância de 49,65%, com um alcance de realização de 50,35%. O ano de 2012 apresentou um déficit de 32,64%, atingindo um total de 67,36%. Já o ano de 2013 ultrapassou em 20,50%, com um saldo final de 120,50%. O ano de 2014 também transcendeu, em 48,76%, obtendo 148,76% de cumprimento. Segundo o Relatório Final (2014), alguns exames dentro do grupo SADT (Grupo V) foram implantados desde o início da inauguração do HCB, já outros, de forma gradual, assim esse fato pode interferir no alcance do designado. Além disso, também é apontado que o resultado total de todos os anos em análise pertinente a esse grupo foi de 534.502 procedimentos, um alcance de 93%. Logo, infere-se que o Grupo V de modo geral se manteve na média entre os anos, e com um resultado representando 93% da meta global, ou seja, quase 100% do estimado.

O Grupo VI pertencente às metas qualitativas representa os quantitativos referente à Satisfação do Cliente Externo. E conforme o Relatório Final (2014), a extração dos dados decorreu da aplicação mensal de um questionário aos usuários para avaliar a qualidade dos serviços ofertados. Foi convocada uma amostra aleatória de pacientes ou acompanhantes que classificaram o serviço em: Ótimo, Bom, Regular, Ruim ou Péssimo. As categorias de assistência que passaram pelo

processo de avaliação foram: Serviços Médicos, Serviços de Enfermagem, Serviços de Recepção, Avaliação das Acomodações e o Atendimento pelos Voluntários. Como já citado, as metas dos anos em análise foram cumpridas e ultrapassadas, assim atingindo uma média global de 96% de realização satisfatória.

Segundo Moimaz et al. (2010), a avaliação do nível de satisfação dos usuários do sistema de saúde é um importante indicador para o planejamento das ações no processo de gestão. O desenvolvimento de um processo de avaliação da satisfação dos usuários representa uma significativa ferramenta para as estratégias de gestão para os serviços de saúde. Logo, a escuta das impressões dos usuários além de contribuir na avaliação dos serviços e assistência, também é um aliado importante na forma com que o sistema de saúde se organiza para viabilizar o atendimento.

O Grupo VII se refere à Satisfação do Cliente Interno, e neste âmbito se trata dos funcionários (contratados CLT e servidores cedido pela SES-DF) que compõe o quadro de Recursos Humanos do HCB. Segundo o Relatório Final (2014), foi aplicado um instrumento de avaliação para aferir o grau de satisfação dos Clientes Internos, e a ferramenta utilizada foi um modelo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, onde diversas variáveis são consideradas. É solicitada uma avaliação geral das condições e relações de trabalho no HCB, sendo categorizada em: Muito bom, Bom, Regular, Ruim e Muito Ruim. Como já visto, as metas dos anos em estudo foram atingidas e transcenderam, assim alcançando uma média total de 92% diante dos 75% que foi estipulado, logo, inferindo um saldo positivo da satisfação do cliente interno.

Segundo Bomfim (2013), sem a satisfação profissional é muito difícil conquistar metas e objetivos nas organizações hospitalares, além disso, a satisfação da equipe é um elemento decisivo para a excelência da qualidade da assistência. Portanto, esses dados do Grupo VII revelam um processo de trabalho do qual os profissionais se encontram motivados e com um nível alto de contentamento, se contrapondo ao que Barbosa e Elias (2010) destacam, pois relatam que os profissionais das OSS são desmotivados e que isso implica o desempenho organizacional, influenciando a capacidade de produção. E esta desmotivação mencionada se refere à forma de contratação das OSS, entretanto, os dados do HCB mencionam um processo inverso.

O Grupo VIII trata do Serviço de Atenção ao Usuário/ Ouvidoria. Conforme o

Relatório Final (2014), foi instituído um serviço de ouvidoria do HCB, com o intuito de estabelecer a comunicação entre os usuários e a instituição. Isso por meio de três formas: atendimento presencial pelo ouvidor, atendimento de forma escrita e destinada em pontos estratégicos do HCB e atendimento via internet, sendo disponibilizado e-mail para contato. Durante todo o período em questão, foram recebidas 1.084 reclamações, com uma média global de 95% de resolução, assim ultrapassando a meta de 80%. Além disso, vale ressaltar que a ouvidoria também é um espaço destinado a elogios e sugestões. E dentro dos anos em análise, foram registrados 468 elogios, destinados ao atendimento de funcionários e setores do hospital.

Portanto, o exposto está em consonância com que Barbosa e Elias (2010) depreendem, quando apontam que esse modelo de gestão permite maior participação da sociedade nas questões que antes seriam inteiramente desempenhadas pelo Estado.

Quando se observa os Grupos (metas quantitativas e metas qualitativas) já aludidos, verifica-se que todos se mantiveram acima da média da meta definida para cada um, logo, poderia ser concluído que diante da média todos os grupos foram eficientes já que o resultado médio obteve um saldo positivo. Entretanto, o CG nº001/2011 aponta que os repasses financeiros só são transferidos na sua totalidade, ou seja, sem descontos quando a meta definida for atingida, assim, mesmo que o alcance produtivo esteja acima da média do estipulado este sofrerá os descontos acordados no CG nº 001/2011.

Por conseguinte, depreende-se que dentro dessa ótica financeira, as metas não atingidas não assumiram um papel eficiente. Aspectos importantes precisam ser salientados em relação a esse processo específico de gestão do HCB, que são: a constatação que as metas estavam superestimadas ou subestimadas, dificuldade na transferência de agendamento de consultas do HAB e HBDF para o HCB, falta de organização do Sistema de Regulação da SES-DF, alto nível de absenteísmo e a falta de experiência da SES-DF no trato dessa modalidade de gestão. Todas essas características implicaram no alcance do produzido dentro do período em estudo.

Considerações Finais

A modalidade de gestão apresentada possui uma legislação já consolidada e com alguns casos de experiências vigentes no Brasil, no caso do Distrito Federal, ainda é recente e somente uma unidade hospitalar é gerida por completo por esse modelo de gestão.

A gestão em saúde via OSS apresenta meios resolutivos aos entraves da burocracia presentes na gestão por AD, logo, permitindo maior fluidez no processo. Aspectos como flexibilidade administrativa, contratualização, definição de metas e Estado como agente fiscalizador e regulamentador, se tornam um conjunto de fatores que quando bem delimitados implicam uma assistência eficiente, e consequentemente resultando em uma melhor assistência prestada para a população.

A devolutiva que as OSS têm que gerar ao Estado com a produção dos Relatórios de Gestão mensais e anuais é uma importantíssima ferramenta de controle e fiscalização da destinação dos recursos públicos. As metas definidas e o realizado vão implicar diretamente no repasse financeiro, assim o Contrato de Gestão é um instrumento que tem a função de definir o desenho institucional, de forma que possa torná-lo eficiente e bem estruturado. Além disso, a contratualização permite maior transparência pública.

A escolha por essa modalidade de gestão não exime o Estado, pois como já foi mencionado, esta configuração (modelo de gestão) delimita o papel deste. E no caso do HCB, foi instituída uma comissão de avaliação, como previsto na Lei, com a responsabilidade de fiscalizar a execução do contrato de gestão e apontar qualquer irregularidade no uso dos recursos públicos. Além disso, pode-se concluir por meio deste estudo que a parceria entre SES e ICipe (compõem a comissão de avaliação) conseguiu estabelecer uma relação de diálogo e capacidade de se articularem, fato importante por se tratar de uma instituição de saúde que constantemente requer mudanças, reformulações, inovações e reconfigurações devido à própria natureza dinâmica dos sistemas de saúde.

Como limitações deste estudo, ficam o fato de apenas uma instituição ter feito parte da pesquisa, e esta ter pouco tempo de atuação no sistema de saúde do DF. Destaca-se a necessidade de um comparativo entre uma instituição de saúde de gestão por OSS e outra por Administração Direta. Ademais, os Relatórios de gestão

são produzidos pela própria OSS, entretanto, os dados de produção destes devem estar disponibilizados nos sistemas de informação do SUS e são analisados pela comissão avaliadora. E vale ressaltar que os estudos a respeito das OSS se concentram nos casos de hospitais que as adotaram no estado de São Paulo, e pouco se tem de produção dos demais estados, inclusive do Distrito Federal.

A Saúde Coletiva é uma área do conhecimento que possui no seu escopo a defesa do Sistema Único de Saúde, sendo a gestão, um dos seus pilares. Como a gestão em saúde necessita constantemente de novas estratégias, adaptações e um desempenho que implique a eficiência, é imprescindível se atentar para as outras modalidades de gestão, além da tradicional. E diante disso, extrair os aspectos positivos e que podem contribuir para uma gestão que seja capaz de responder às necessidades da população.

Referências Bibliográficas

Abrucio, F. L.; Sano, H. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.48, n.3, p.64-80, 2008.

Barbosa, B. N.; Elias, M. E. P. As Organizações Sociais de Saúde como Forma de Gestão Público/Privado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

Bomfim, A. R. Satisfação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. **Revista de Administração em Saúde**, Salvador, v. 15, n. 60, 2013.

Borges, T. F. et al. Caminho privatizante: As Organizações Sociais de Saúde. In:_____. **Anatomia da Privatização Neoliberal do Sistema Único de Saúde: O papel das Organizações Sociais da Saúde**. São Paulo, 2012. cap 08, p. 112-127.

BRASIL. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2011.

BRASIL. Distrito Federal. Decreto nº. 30.136, de 05 de março de 2009. Estabelece normas gerais sobre a organização e gestão dos recursos humanos a serem observadas pelas Organizações Sociais assim qualificadas no âmbito do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília**, DF, n. 45, 6 mar. 2009.

BRASIL. Distrito Federal. Decreto nº 30.137, de 05 de março de 2009. Aprova o Regulamento Simplificado para contratação de serviços e aquisição de bens a ser adotado pelas Organizações Sociais qualificadas assim qualificadas no âmbito do Distrito Federal. . **Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília**, DF, n. 45, 6 mar. 2009.

BRASIL. Distrito Federal. Decreto nº. 31.589, de 15 de abril de 2010. Dispõe sobre a qualificação como Organização Social, no âmbito do Distrito Federal, do Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada – ICIPE. . **Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília**, DF, n. 73, 16 abril. 2010.

BRASIL. Distrito Federal. Decreto nº. 32.980, de 10 de junho de 2011. Convalida o Decreto nº 31.589, de 15 de abril de 2010, e o Decreto nº 32.755, de 07 de fevereiro de 2011, que qualificam como Organização Social, no âmbito do Distrito Federal, o Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada – ICIPE. . **Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, n. 113, 13 jun. 2011.**

III CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 18, 2010, Paraná. **Avanços e Perspectivas do Modelo de Organização Social da Saúde no Estado de São Paulo.**

VII CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PESQUISA E INOVAÇÃO, 2012, Tocantins. **Política Pública de Saúde no Brasil: Histórias e Perspectivas do Sistema Único de Saúde.**

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 2.415, de 6 de julho de 1999.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Distrito Federal.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 2.523, de 13 de janeiro de 2000.** Altera a Lei nº 2.415, de 6 de julho de 1999, que trata da qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Distrito Federal.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Estado de Saúde. Hospital da Criança de Brasília José Alencar. **Relatório Final.** Brasília, 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Estado de Saúde. Hospital da Criança de Brasília José Alencar. **Relatório de Gestão Exercício 2011.** Brasília, 2011.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Estado de Saúde. Hospital da Criança de Brasília José Alencar. **Relatório de Gestão Anual 2012.** Brasília, 2012.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Estado de Saúde. Hospital da Criança de Brasília José Alencar. **Relatório de Gestão Anual 2013.** Brasília, 2013.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Estado de Saúde. Hospital da Criança de Brasília José Alencar. **Relatório de Gestão Anual 2014.** Brasília, 2014.

Fleury, S. A montagem do padrão da seguridade social na América Latina: Cooptação e Regulação. In: _____. **Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina.** Rio de Janeiro, 1994. cap. 06, p. 175-270.

Freitas, S. R.W.; Jabbour, C. J. C. Utilizando Estudo de Caso (s) como Estratégia de Pesquisa Qualitativa: Boas Práticas e Sugestões. **Estudo & Debate**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 2, 2011.

Ibañez, N.; Neto, V. G. Modelo de Gestão e o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1-10, 2007.

Modesto, Paulo. Notas para um Debate sobre o Princípio da Eficiência. **Revista do Serviço Público**, Bahia, v. 51, n. 2, 2000.

Moimaz, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2010.

Moresi, E. Metodologia de Pesquisa. **Programa de Pós- Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação**, p. 8-23, 2003.

Negri, B. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: Avanços e Limites. In: _____. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília, 2002. Série B, p. 7-17.

Neves, J.L. Pesquisa Qualitativa- Características, Usos e Possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n.3, 1996.

Ocké, O. C. et al. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma crise do Estado?. **Revista de Economia contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 159-182, 2006.

Reis, O. D. et al. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde. In: _____. **Módulo Político Gestor**. 2010. p. 32-46.

SÃO PAULO (Estado). **Lei complementar nº 846, de 4 junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 108, n. 106, 5 jun. 1998.

Silva, S. R. J. et al. Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista**

Brasileira de História & Ciências Sociais, n. 1, 2009.

Sousa, J. et al. Análise Documental e Observação Participante na Pesquisa em Saúde Mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 222-227, 2011.

Tibério, A. A.; Sousa. M. E. Considerações sobre Avaliação de Estabelecimentos de Saúde sob Gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, 2010.